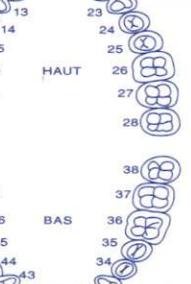
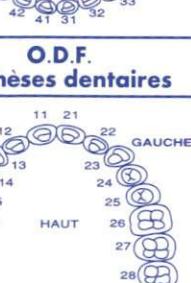
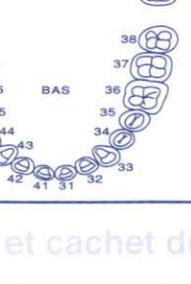


## **SOINS ET PROTHESES DENTAIRES**

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
				<b>Coefficient des travaux</b>  <input type="text"/>
				<b>Montant des soins</b>  <input type="text"/>
				<b>Début d'exécution</b>  <input type="text"/>
				<b>Fin d'exécution</b>  <input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			
	D	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	<b>Coefficient des travaux</b>  <input type="text"/>
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>Montant des soins</b>  <input type="text"/>
				<b>Date du devis</b>  <input type="text"/>
				<b>Fin d'exécution</b>  <input type="text"/>
Visa et cachet du praticien attestant le devis				Visa et cachet du praticien attestant l'exécution



P17 / 0057919

DATE DE DEPOT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 648	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom CHABADANZ Abdessalam			
Fonction Retraité	Phones 0667273639		
Mail CHbadanz@yahoo.fr.			
MEDECIN	Prénom du patient CHIBAOA ABDESSALAM		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....
Nature de la maladie		Date 1ère visite 23/07/2019	
LCC			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
C		300,00 DH	
PHARMACIE	Date 23/07/2019		
Montant de la facture 1905.20			
Signature ZAKARIA SAADIA Professeur Agrégé de Hématologie CLINIQUE AL MARDI Tél: 0522 77 77 40 3 05 Casablanca - Tél: 0522 90 51 13 ICE: 00157327300063			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date .....	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
Signature ZEKRI Abdellatif Docteur en Pharmacie 222 Bd Oued Molouya - El Oulfa Casablanca - Tél: 0522 90 51 13 ICE: 00157327300063			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date .....	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
Signature CACHET			
Signature CACHET			

**Dr. Saadia ZAFAD**

Professeur Agrégée  
Hématologie Clinique  
Adultes - Enfants  
Oncologie Pédiatrique  
Greffé de Moelle

152.50



152.50

الدكتورة السعدية زفاص

أستاذة مبرزة  
أمراض الدم  
البالغين والأطفال  
سرطان الطفل  
زراعة النخاع

Casablanca, Le :

23 juillet 2019

CHBADA Abdesslam

PHARMACIE DE LA WILAYA  
ZEKRI Abdellati  
Docteur à la Pharmacie  
226, Bd Oued Molouya El Oulfa  
Casablanca-Tel: 0522 90 51 13  
ICE: 001573273000063



1/ VALEX 500 MG COMPRIME ENROBE

1 cp/j x 1 mois



2/ ZYLORIC 100 MG COMPRIME

1 cp/j x 1 mois

LOT 190343  
EXP 02 2023  
PPV 46.70 DH

T = 199.20

Dr. Saâdia ZAFAD  
Professeur Agrégée  
Hématologie - Oncologie  
Clinique AL MADINA  
rét: 05 22 77 77 40 à 49  
Gsm: 06 62 54 23 02